



Selbstkontrolle und Problemlösetraining

K13 am IVT-Kurpfalz

Dr. M. Backenstraß



Begrüßung

Kursbeschreibung des Seminars



- **Lernziele:** Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen zur Indikationsstellung und therapeutische Vorgehensweisen bei Selbstkontrolltechniken und Problemlösetrainings.
- **Inhaltsübersicht:** Theoretische Einführung in differentielle Indikationsstellungen und Wirksamkeitsprüfungen von Selbstkontrolltechniken und Problemlöseansätzen. Darstellung der jeweiligen Änderungsprinzipien und Einübung der technischen Komponenten von Selbstkontrolltechniken und Problemlöseansätzen. Anleitung zur fallbezogenen Anwendung der Verfahren im Zusammenhang mit laufenden Therapien der Teilnehmer/innen.

Aus dem Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz



Unter 2.2 „allgemeine Krankheitslehre aus verhaltenstherapeutischer Sicht“

- | | | |
|-------|--|---|
| 2.2.3 | Kognitive Konzepte und Selbstregulation am Beispiel klinischer Phänomene | Automatische Gedanken und Grundüberzeugungen, Selbstverbalisationen, Relevanz dysfunktionaler Überzeugungen und Kausalattributionen für die Entstehung psychischer Störungen, Selbstinstruktionen, Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung, Selbstbestrafung, Selbstkontrolle, Selbstmanagement (s. a. 9.1.7) |
|-------|--|---|

Quelle: www.impp.de

Aus dem Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz



Und weiter unter 9.1 „Methoden der Verhaltenstherapie“

- 9.1.7 Kognitive Methoden Verfahren der Selbstregulation: Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung, Selbstbestrafung, Selbstkontrolle; Grundprinzip des Selbstmanagement-Ansatzes (s. a. 2.2.3)
- Grundprinzip und Anwendungsbereiche von verdeckten Verfahren; Bedeutung des mentalen Übens, Gedankenstopp, paradoxe Intervention und Symptomverschreibungen (negative Übung); Habit reversal

Quelle: www.impp.de

Zeitplan



Samstag:	Vormittag	Block 1	9.30 – 11.00
		Block 2	11.00 – 12. 30
	Nachmittag	Block 3	13.30 – 15.00
		Block 4	15.00 – 16.30
Sonntag	Vormittag	Block 5	9.30 – 11.00
		Block 6	11.00 – 12. 30
	Nachmittag	Block 7	13.30 – 15.00
		Block 8	15.00 – 16.30

Begriffliche Vielfalt!



- Selbstregulation
- Selbstmanagement
- Selbstmonitoring
- Selbstbeobachtung
- Selbstbestrafung
- Selbstkontrolle
- Selbststeuerung

Welche Verfahren im Rahmen von Selbstregulation gibt es?



- Kopiert aus dem Katalog
 - Selbstbeobachtung
 - Selbstverstärkung und Selbstbestrafung
 - Selbstbewertung
 - Selbstinstruktionen
- Übergeordnete Begriffe:
 - Selbstkontrolle
 - Selbstmanagement
- Methoden aus Fliegel et al.
 - Selbstbeobachtung
 - Soziale Kontrakte
 - Stimuluskontrolle
 - Selbstverstärkung und Selbstbestrafung
 - Gedankenstopp
 - Verdecktes Konditionieren
 - Anleitung zum „eigenen Therapeuten“



**Der Selbstmanagement-Ansatz
als übergeordnetes Modell zur Integration
verschiedener Selbststeuerungstechniken**

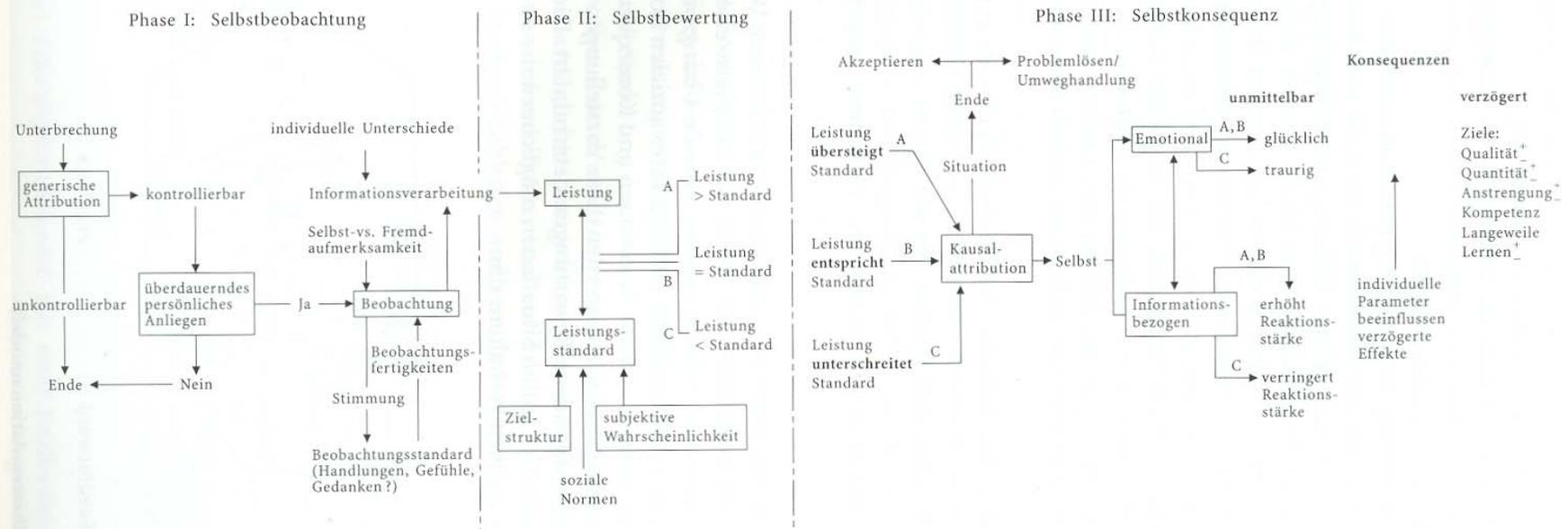
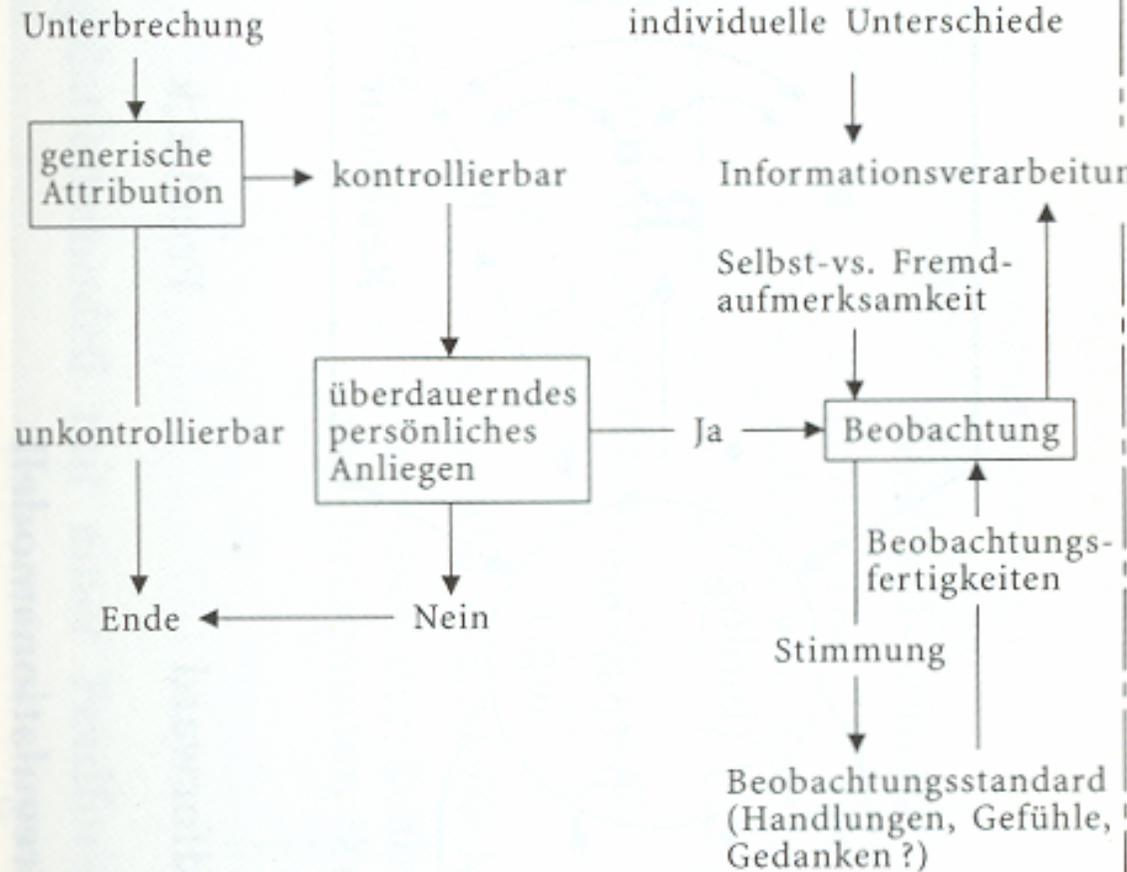


Abb. 7. Umfassendes Selbstregulationsmodell (aus Kanfer, 1987, S. 293/S. 296)

Phase I: Selbstbeobachtung



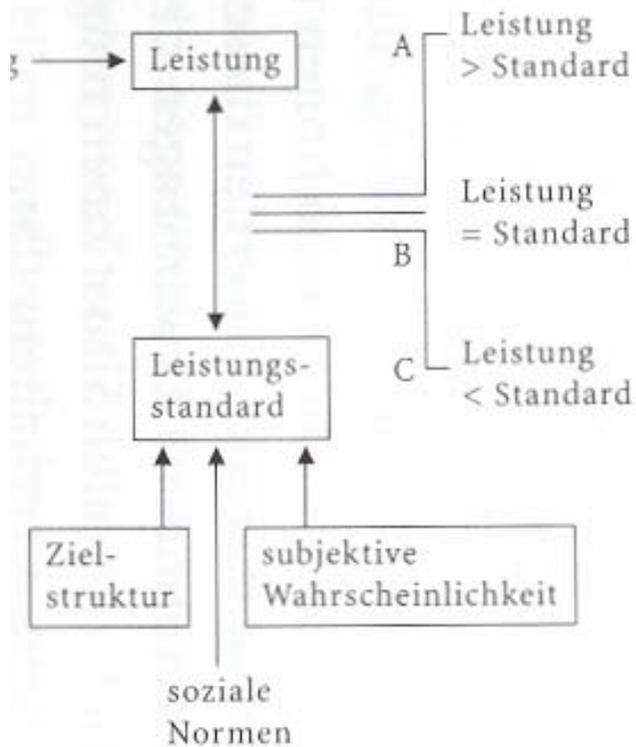
Selbstbeobachtung und Selbstregistrieren:

Eigenes Verhalten wird beobachtet (Vorsicht: weiter Verhaltensbegriff, d.h. hinsichtlich der Prozesse auf α -, β - und γ -Ebene).

Selbstbeobachtung setzt voraus, dass Individuum in der Lage ist, einzelne Elemente im Verhaltensablauf zu differenzieren.

Der interessierende Ausschnitt wird nicht nur beobachtet, sondern auch registriert und festgehalten.

Phase II: Selbstbewertung

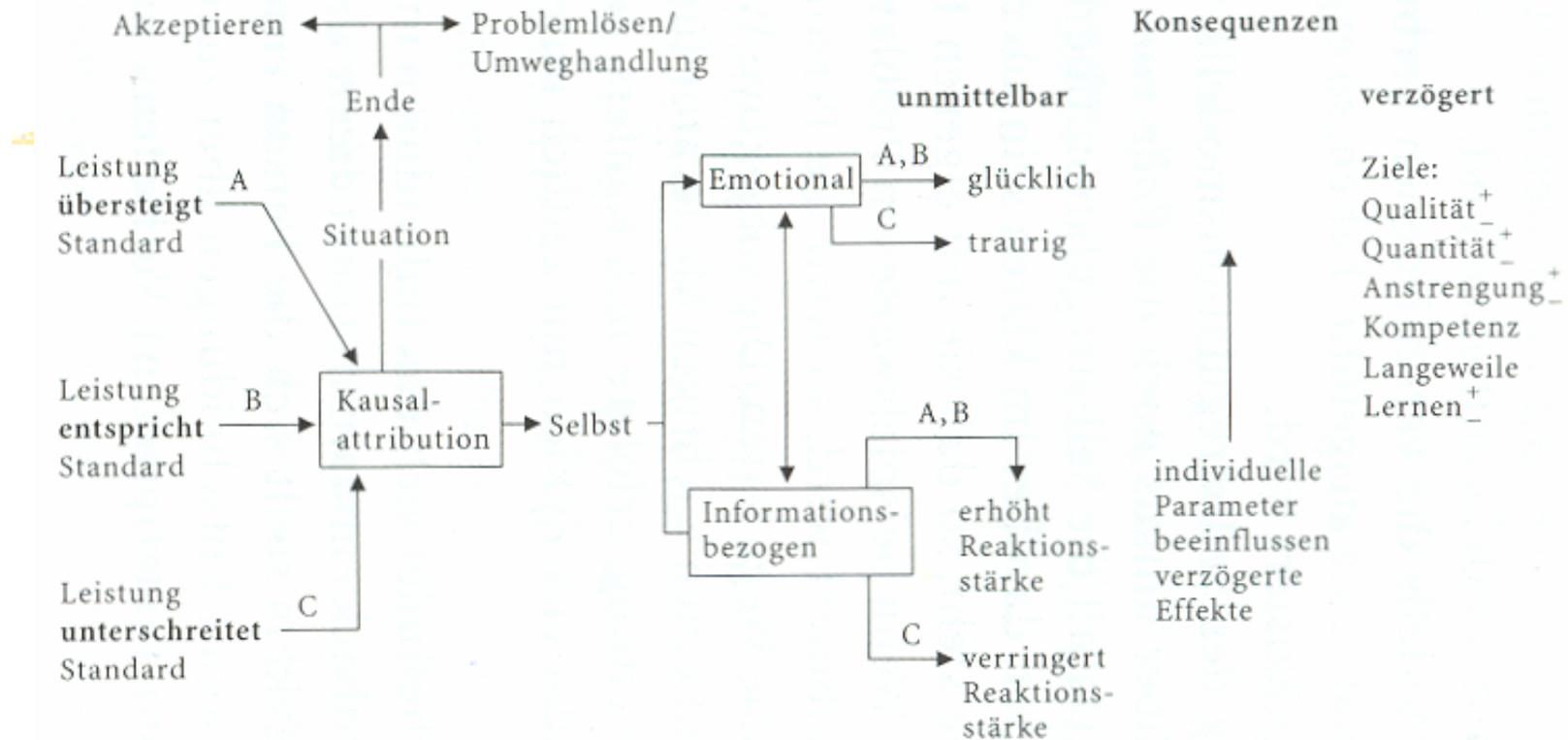


Selbstbewertung:

Das beobachtete und registrierte Verhalten wird mit spezifischen Standards verglichen

Standards sind Maßstäbe auf der Basis intra- und interindividueller Vergleichsprozesse. Sie sind erworben (z.B. Vergleich des eigenen gesundheitsrelevanten Verhaltens mit Standards bezüglich der eigenen Figur, Fitness, etc.)

Phase III: Selbstkonsequenz



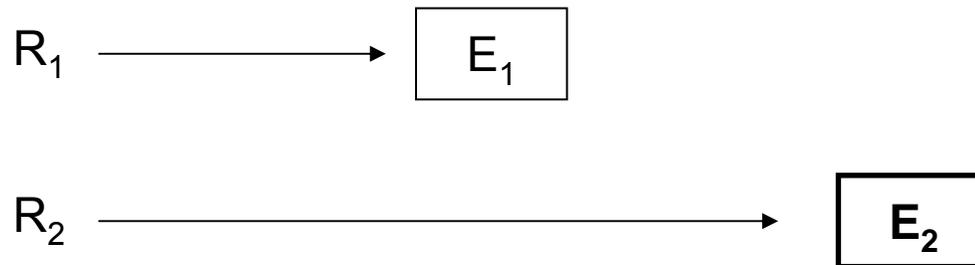
Selbstbelohnung und Selbstbestrafung

Auf der Basis des Vergleichsprozesses kommt es zu entsprechenden Konsequenzen (i.S.v. Selbstbelohnung und Selbstbestrafung)

Diese Komponente bildet wesentliches motivationales Element für weiteres Handeln

Prinzip/Definition der Selbstkontrolle

- Selbstkontrolle ist ein Spezialfall von Selbstregulation
- Das Individuum befindet sich in einer Konfliktsituation:
 - Verhalten mit kurzfristig positiv bewertetem Ergebnis/Ereignis versus
 - Verhalten mit aufgeschobenem, langfristig positiver bewertetem Ereignis



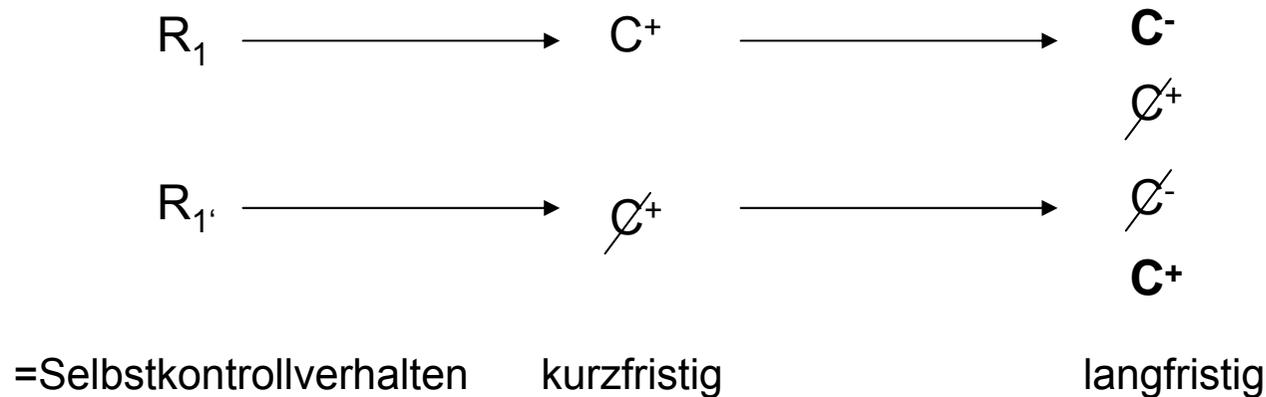
Konflikttypen



- Prinzip des Widerstehens einer Versuchung
- Prinzip des „Heldenhaften Verhaltens“

Prinzip des Widerstehens einer Versuchung

- Person führt eine Verhaltensweise nicht aus, obwohl diese Verhaltensweise eine hohe Auftrittswahrscheinlichkeit hat. Es wird auf eine kurzfristig positive Konsequenz zugunsten langfristig bedeutsamerer Konsequenzen verzichtet.



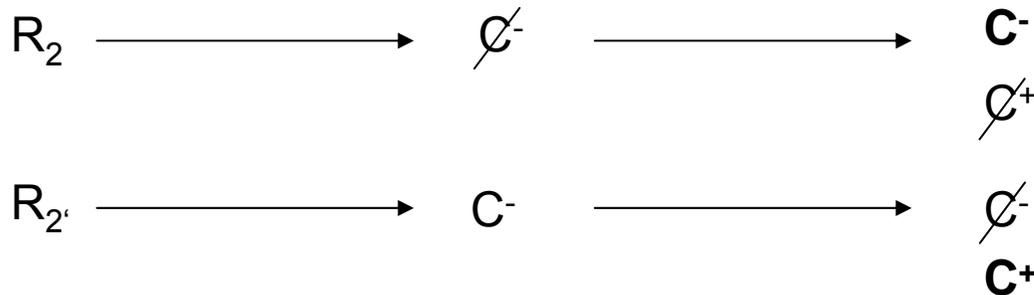
Beispiel für Widerstehen einer Versuchung



- Gewohnheitsraucher verzichtet auf das Rauchen einer Zigarette, obwohl situational die Gelegenheit gegeben ist.

Prinzip des „Heldenhaften Verhaltens“

- Person entscheidet sich für eine Verhaltensweise mit niedriger Auftrittswahrscheinlichkeit. Person nimmt kurzfristig eine aversive Situation in Kauf, um langfristig bedeutsamere Konsequenz zu erzielen.



=Selbstkontrollverhalten

kurzfristig

langfristig

Beispiel für Heldenhaftes Verhalten



- Eine Person geht ohne Zahnschmerzen zum Zahnarzt, um damit langfristig positive Konsequenzen zu erzielen

Klinisch relevante Situationen für diese Konflikttypen



- Essstörungen
 - Abhängigkeiten
 - Angststörungen
 - Arbeitsverhalten
 - Gesundheitsverhalten
 - u.a.
-
- Bei diesen Problemen sind Prinzipien der Selbstkontrolle und des Selbstmanagements besonders indiziert

Ziel des Selbstmanagement(-Ansatzes)



- Erhöhung des Ausmaßes an Selbst- (d.h. β -)Kontrolle
- Patient befähigen, möglichst eigenständig mit bisherigen und neu auftretenden Problemen zurecht zu kommen.
- Unterstützung bei dem Ziel nach Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbststeuerung
- Veränderung der Merkmale des Selbstregulationssystems
- Flexibles, eigenständiges Problemlösen

Das 7-Phasen-Modell als Rahmen-Modell des Selbstmanagement-Ansatzes



1. Eingangsphase: (Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen)
 - Rollenstrukturierung
 - Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung
 - Beginn der problembezogenen Informationssammlung („Screening“ von Eingangsbeschwerden und –erwartungen)
 - Optimale Gestaltung der äußeren Therapiesituation

Das 7-Phasen-Modell als Rahmen-Modell des Selbstmanagement-Ansatzes



2. Aufbau von Änderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Änderungsbereichen
 - Nutzung von inhärenten Motivationsbedingungen des Selbstmanagement-Konzepts
 - Reduktion von Demoralisierung und Resignation
 - Einsatz spezieller Motivierungsstrategien
 - Erste Ansätze einer Ziel- und Wertklärung
 - (Vorläufige) sachliche und motivationsabhängige Auswahl von Änderungsbereichen

Das 7-Phasen-Modell als Rahmen-Modell des Selbstmanagement-Ansatzes



3. Verhaltensanalyse und funktionales Modell

- Situative Verhaltensanalyse (von der Makro- zur Mikroebene)
- Kontextuelle Verhaltensanalyse (von der Mikro- zur Makroebene)
- Erstellen eines (vorläufigen) funktionalen Bedingungsmodells

Das 7-Phasen-Modell als Rahmen-Modell des Selbstmanagement-Ansatzes



4. Vereinbaren therapeutischer Ziele

- Klären von Therapiezielen
- Gemeinsame Zielanalyse
- Konsens über therapeutische Zielperspektiven

Das 7-Phasen-Modell als Rahmen-Modell des Selbstmanagement-Ansatzes



5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
 - Planung spezieller Maßnahmen
 - Entscheidung über spezielle Interventionen
 - Durchführung der Maßnahmen

Heuristiken für die Auswahl von Interventionen



- Grundlegende Regel : Erst mit Methodenentscheidungen beschäftigen, wenn die vorhergehenden Phasen des SMT-Modells durchlaufen sind
- Aus Alternativen die am wenigsten aversive auswählen
- Effektivste Methode auswählen
- Anforderungen der Interventionsmethoden berücksichtigen, z.B. zuerst Wissen vermitteln
- Minimale Intervention: Mit den geringstmöglichen Mitteln helfen, bis der Klient sich wieder selbst helfen kann
- Kleine Schritte: Ziele in Teil- und Zwischenziele zerlegen
- Positive Lernerfahrungen schaffen: Nichts ist so erfolgreich wie der Erfolg !
- Akzeptanz von Interventionen durch den Klienten berücksichtigen - gestehe dem Patienten zu, dass er mit bestimmten Interventionen (derzeit ?) nicht zurecht kommt
- Kosten-Nutzen-Relation von Interventionen berücksichtigen !

Das 7-Phasen-Modell als Rahmen-Modell des Selbstmanagement-Ansatzes



6. Evaluation therapeutischer Fortschritte

- Kontinuierliche therapiebegleitende Diagnostik
- Prä/Post-Evaluation
- Zielabhängige Evaluation des Einzelfalls

Das 7-Phasen-Modell als Rahmen-Modell des Selbstmanagement-Ansatzes



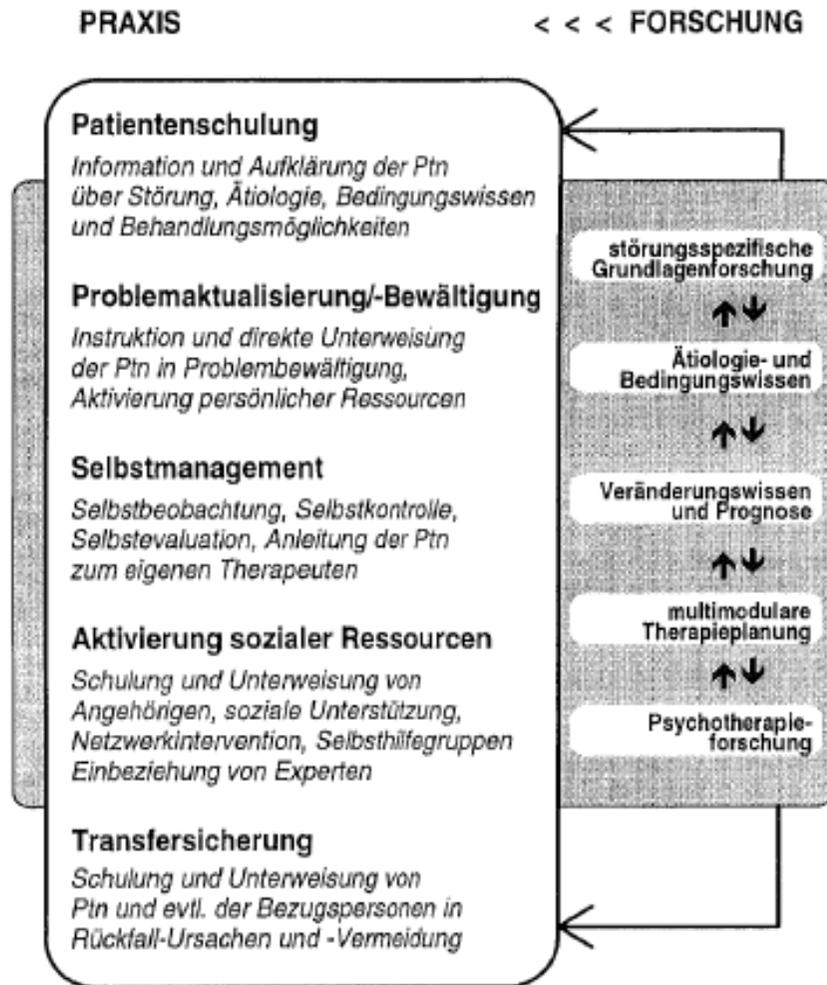
7. Endphase: Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie
 - Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte
 - Arbeit an restlichen therapeutischen Ansatzpunkten
 - Bearbeiten neuer therapeutischer Ziele Erlernen von Selbstmanagement als Prozess
 - Beendigung/Ausblenden der Kontakte
 - Abschlussfeedback

Anwendungsbereiche des Selbstmanagement-Ansatzes



- Sehr breite Indikation
- Nicht auf spezielle Problemstellungen oder Störungsbilder beschränkt
- Einzelne Methoden sind flexible Strategien der Problemlösung in komplexen Situationen

Ausblick: Bedeutung des Ansatzes



Allgemeines Therapieschema nach Fiedler

Selbstbeobachtung



- Literaturquellen:
 - Fliegel S, Groeger WM, Künzel R, Schulte D, Sorgatz H (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: Ein Übungsbuch*. Beltz PVU, Weinheim.
Seiten: 60-64
 - Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Springer, Berlin.
Seiten: 412-414
 - Reinecker H (2000). *Selbstmanagement*. In: Margraf J (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (2. Aufl.)*. Springer, Berlin, pp 525-540.
Seiten: 529-532

Übersicht Selbstbeobachtung I



- **Indikationen:**
- Diagnostisch und therapeutisch wurde Selbstbeobachtung eingesetzt bei:
 - Übergewicht, Essverhalten, Rauchen, Alkoholtrinken, Arbeitsverhalten, Interaktionsverhalten bei Paaren, Tics, Depressionen, Zwangsverhalten, Kontaktverhalten, soziale Ängste, Fingernägelkauen, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsverhalten in der Schule und in der Eltern-Kind-Interaktion, Redebeteiligung, Mitarbeit und Einhalten bestimmter Abmachungen im Unterricht und in Heimen, physiologische Parameter (Biofeedback), Therapeutenausbildung

Übersicht Selbstbeobachtung II



- **Kontraindikationen:**
 - Keine durch Untersuchungen abgesicherte Kontraindikationen.
Bei einzelnen Fällen mit persistierenden Zwangsvorstellungen erhöht Selbstbeobachtung jedoch die Frequenz der Symptomatik (cave !)

Übersicht Selbstbeobachtung III



- **Empirische Absicherung:**
- Selbstbeobachtungsverfahren wurden in den letzten Jahren häufig empirisch untersucht. Es konnte in einigen Studien durch Selbstbeobachtung eine rasche und erfolgreiche Verhaltensänderung erreicht werden. Andere Studien erbrachten widersprüchliche Ergebnisse.
- Wird Selbstbeobachtung als einziges Therapieverfahren verwendet, dann verschwinden die Effekte bald wieder und Gewöhnung tritt ein. Unbestritten ist, dass die Selbstbeobachtung einer der ersten und wohl auch einer der wichtigsten Schritte in einem Selbstkontrollprogramm bleibt.

Selbstverstärkung und Selbstbestrafung



- Literaturquellen:
 - Fliegel S, Groeger WM, Künzel R, Schulte D, Sorgatz H (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: Ein Übungsbuch*. Beltz PVU, Weinheim.
Seiten: 72-76
 - Reinecker H (2000). *Selbstmanagement*. In: Margraf J (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (2. Aufl.)*. Springer, Berlin, pp 525-540.
Seiten: 532-533

Übersicht Selbstverstärkung und Selbstbestrafung I



- **Indikationen:**
- Selbstverstärkung als therapeutische Methode ist besonders indiziert, wenn die Auftrittshäufigkeit eines bestimmten Verhaltens erhöht werden soll und wenn nicht gewährleistet ist, dass relevante Umgebungspersonen das Verhalten kontingent verstärken.... Wenn externe Verstärkung für das Zielverhalten nicht realisiert werden kann, so bildet Selbstverstärkung die Methode der Wahl.

Übersicht Selbstverstärkung und Selbstbestrafung II



- **Kontraindikationen:**
- Ggf. wenn die Verhaltensanalyse ein bereits hohes Maß an Selbstverstärkung ergibt.

Übersicht Selbstverstärkung und Selbstbestrafung III



- **Empirische Absicherung:**
- Untersuchungen mit experimentellem Charakter legen nahe, dass Selbstverstärkungsverfahren zumindest ähnlich effektiv sind wie externe Verstärkungsverfahren. Untersuchungen, die die generelle Brauchbarkeit und Möglichkeiten eines Trainings des Selbstverstärkungsmodells einer experimentellen Kontrolle unterzogen haben (und zwar sowohl im operanten als auch im Modellernparadigma) können als durchgehend gut abgesichert angesehen werden.

Stimuluskontrolle



- Literaturquellen:
 - Fliegel S, Groeger WM, Künzel R, Schulte D, Sorgatz H (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: Ein Übungsbuch*. Beltz PVU, Weinheim.
Seiten: 69-72
 - Reinecker H (2000). *Selbstmanagement*. In: Margraf J (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (2. Aufl.)*. Springer, Berlin, pp 525-540.
Seiten: 533-534

Übersicht Stimuluskontrolle I



- **Indikationen:**
- Stimuluskontrolle wurde als Therapieelement bei nahezu allen psychischen Problemen, in jeder pädagogischen Praxissituation, sowie auch in arbeits- betriebs- verkehrs- und werbepsychologischen Zusammenhängen eingesetzt.
- Klinische Indikationen sind:
Abhängigkeiten und Sucht, geistige Behinderung und Autismus, Erziehungsproblem, Leistungs- und Arbeitsstörungen, Schlafstörungen, Zwangsverhalten, Partnerkonflikte, Ängste und sexuelle Probleme

Übersicht Stimuluskontrolle II



- **Kontraindikationen:**
- Studien, die eindeutige Aussagen zur Kontraindikation zulassen, fehlen.

Übersicht Stimuluskontrolle III



- **Empirische Absicherung:**
- Die empirischen Arbeiten, bei denen Stimuluskontrolle neben anderen Verfahren eingesetzt wurde, sind vielfältig (experimentell und klinisch) und sprechen für die Wirksamkeit dieser Methode. Kein verhaltenstherapeutisches und kein Selbstkontrollprogramm kommt ohne dieses Therapieelement aus. Empirische Arbeiten zur Effektivität von Stimuluskontrolle allein liegen kaum vor. Bei der Rauchertherapie wurde allerdings die Wirksamkeit der alleine angewandten Stimuluskontrolle demonstriert.

Soziale Kontrakte



- Literaturquellen:
 - Fliegel S, Groeger WM, Künzel R, Schulte D, Sorgatz H (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden: Ein Übungsbuch*. Beltz PVU, Weinheim.
Seiten: 64-68
 - Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (1996). *Selbstmanagement-Therapie*. Springer, Berlin.
Seiten: 422-424
 - Reinecker H (2000). *Selbstmanagement*. In: Margraf J (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (2. Aufl.)*. Springer, Berlin, pp 525-540.
Seiten: 534-535

Übersicht Soziale Kontrakte I



- **Indikationen:**
- Kaum ein Gebiet, auf dem nicht mit Absprachen in Vertragsform gearbeitet wird : Im gesellschaftlichen Leben, Familie, Strafvollzug, Erziehung, Schule, Beruf, Beratung, Therapie. Hauptgebiete, auf denen mit Verhaltensverträgen therapeutisch gearbeitet wird sind : Partnerschaftsprobleme, Suizidalität, Abhängigkeiten, Behandlung von Kindern und Jugendlichen, im Strafvollzug, bei der Resozialisierung, in der Sozialarbeit.

Übersicht Soziale Kontrakte II



- **Kontraindikationen:**
- Empirische Untersuchungen stehen aus.

Übersicht Soziale Kontrakte III



- **Empirische Absicherung:**
- Kaum Studien, die ausschließlich die Wirksamkeit sozialer Kontrakte isoliert von anderen Selbstmanagement-Verfahren untersucht haben.

Weitere Selbstregulationsstrategien



- Gedankenstopp
- Verdecktes Konditionieren
- Selbstverbalisation / Selbstinstruktion
- Problemlösen

Gedankenstopp - Indikation



- Wird eingesetzt, wenn Patienten unter unerwünschten, sich wiederholenden Gedanken und Verhaltensweisen (z.B. ständiges Grübeln, negativistische Gedankenketten) leiden.
- Verfahren zur Beeinflussung von unerwünschten Gedanken (Grübeln)

Gedankenstopp - Vorgehen



- Patient lernt das Verfahren unter Anleitung des Therapeuten („Methode zur Unterbrechung und Blockierung von unerwünschten Gedanken“)
- Unter geschlossenen Augen soll sich der Patient auf Gedanken konzentrieren, Zeichen geben, dann ruft Therapeut laut „Stopp“
- Üben, üben ...
- Positiver Alternativgedanke soll auf das Stoppsignal folgen

Gedankenstopp – Theoretische Grundlagen



- Theoretische Grundannahmen sind unklar
- Am ehesten Bestrafung des unerwünschten Gedankens (Stoppsignal wird gekoppelt mit plötzlichem lauten Geräusch oder leichtem Elektroschock)
- Darüber hinaus kognitive Faktoren wie Ablenkung und Unvereinbarkeit der Alternativgedanken mit dem ursprünglichen Gedanken

Gedankenstopp – Empirische Grundlagen



- Mahoney (dt. 1977, S. 99): Gedankenstopp ist „.... Kaum durch etwas anderes als Tradition gestützt“.
- Wenige Studien mit uneinheitlichen Ergebnissen:
- z.B. : Gedankenstopp kein Unterschied zu Selbstmonitoring, aber effektiver als Gruppendiskussion bei Raucherentwöhnung (Lamontagne et al. 1978a)
- Aber kein Unterschied zwischen Gedankenstopp und unbehandelter Kontrollgruppe bei Raucherentwöhnung (Lamontagne et al. 1978b)

Gedankenstopp – Kontraindikationen



- Im allgemeinen kann man davon ausgehen, dass es wenige Kontraindikationen für Gedankenstopp gibt.
- Olin (1976) weist darauf hin, dass einige Patienten zu gestört sein können, als dass sie noch in der Lage wären, ihre Gedanken zu kontrollieren.
- Cautela & Wisocki (1977) weisen darauf hin, dass unbedingt eine sorgfältige Verhaltensanalyse... nötig ist, um eine Verstärkung statt einer Elimination der unerwünschten Gedanken zu vermeiden.

Verdecktes Konditionieren - Indikation



- Positive Erfahrungen mit Techniken der verdeckten Konditionierung werden von verschiedensten Störungsbildern berichtet : Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, Rauchen, Übergewicht, Spielleidenschaft, sexuelle Auffälligkeiten wie Sadismus, Fetischismus, Exhibitionismus, Pädophilie, Trichotillomanie, Nägel kauen, Jugenddelinquenz, Zwangsverhalten, Zwangsgedanken, Würgeanfälle, Ängste verschiedenster Art (Tierphobien, Prüfungsangst, Angst vor Fliegen, soziale Ängste), maladaptive Einstellungen und Selbstbilder.

Verdecktes Konditionieren - Vorgehen



- Verdecktes konditionieren meint Lernprozesse, die sich ausschließlich in der Vorstellung des Patienten abspielen. Der gesamte Lernprozess läuft auf der Vorstellungsebene
- Bei der verdeckten Sensibilisierung von Cautela soll sich der Patient in eine Situation versetzen, die zu seinem Problemverhalten gehört (z.B. Essen im Restaurant)
- Therapeut gibt nun genaue Anweisung zum weiteren Vorgehen
Beispiel aus Fliegel et al. (1998, S.80)

Verdecktes Konditionieren – Theoretische Grundlagen



- 3 zentrale Annahmen:
 - Gedanken und Vorstellungen sind offenem Verhalten gleichzusetzen, können also die Funktionen diskriminativer und auslösender Stimuli, verstärkender oder bestrafender Konsequenzen und den Status von Reaktionen übernehmen
 - Die Lernprinzipien lassen sich unverändert auf verdeckte Reaktionen übertragen
 - Die Modifikation verdeckter Reaktionen zeigt Wirkung auf offenes Verhalten

Verdecktes Konditionieren – Empirische Grundlagen



- Die Wirksamkeit der verschiedenen verdeckten Konditionierungsverfahren wird aus einer Vielzahl von Einzelfallstudien berichtet. Kontrollierte klinische Therapieexperimente wurden jedoch nur zu wenigen Störungsbildern durchgeführt.
- Bei Problemen mit Alkohol und Rauchen kein dauerhafter Erfolg
- Bei Übergewicht widersprüchliche Ergebnisse
- Bei sexuellen Abweichungen sehr erfolgreich und von Dauer (aus Fliegel et al., 1998)

Verdeckte Konditionierung – Kontraindikationen



- Ggf. wenn der Patient nicht über hinreichendes Vorstellungsvermögen verfügt

Selbstverbalisation / Selbstinstruktion - Indikation



- Teufelskreise, in denen vorhandene Bewertungs- und Verhaltensschemata zu schädlichen Kreisläufen führen: Bei Lern- und Leistungsstörungen, Versagensängsten, wenn Problemlösestrategien fehlen, bei Konzentrationsmängeln, Impulsivität, Passivität und Kompetenzmängeln.
- Weitere Indikationen: Um auf außergewöhnliche Belastungen vorzubereiten und dafür Bewältigungsmöglichkeiten bereitzustellen, z. B. vor Operationen, bei Tod von Angehörigen, bei Prüfungen.

Selbstverbalisation / Selbstinstruktion – Konzeption und Vorgehen I



- Hauptvertreter ist Meichenbaum:
 - Stressbewältigungstraining
 - Selbstinstruktionstraining mit impulsiven Kindern
- Verhaltenssteuernde, dysfunktionale Selbstverbalisationen werden im therapeutischen Dialog identifiziert (z.B. „das schaffe ich nicht“) und konstruktive Selbstinstruktionen erarbeitet, die dann trainiert und eingesetzt werden sollen

Selbstverbalisation / Selbstinstruktion – Konzeption und Vorgehen II



- Selbstverbalisationen beziehen sich auf unterschiedliche Phasen von Stresssituationen:
 - SV zur Orientierung und Planung („was ist als nächstes zu tun?“)
 - SV der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten („Entspanne Dich!“)
 - SV zur Ermutigung bei aufkommender Angst („Du kennst diese Angst“)
 - SV zur Bewertung und Verstärkung („Ich habe durchgehalten“)

Selbstverbalisation / Selbstinstruktion– Theoretische Grundlagen



- Theoretisch wird der Selbstverbalisationsansatz am ehesten den kognitiven Ansätzen zugeordnet.
- Dies wird auch dadurch unterstützt, dass Meichenbaum explizit andere kognitive Strategien (wie z.B. Umstrukturierung nach Beck und Ellis, Problemlösetraining) in seine Therapieprogramme mit einarbeitet

Selbstverbalisation / Selbstinstruktion– Empirische Grundlagen



- Interne und externe Validität mehrfach unabhängig abgesichert. Behandlungsformen mit Selbstinstruktionskomponente weisen eine höhere Generalisierung und geringere Rückfallquote auf. Negative Selbstaussagen führen nachweislich zu physiologischer Erregung.

Selbstverbalisation / Selbstinstruktion– Kontraindikationen



- Kontraindikationen sind aus der Literatur nicht bekannt. Fehlen die Voraussetzungen, so sind andere Methoden sicher erfolgversprechender. So ist Selbstinstruktion schlecht anwendbar bei Kindern unter drei Jahren sowie bei Autismus



Problemlösen

Problemlösen – Problemlösetrainings Überblick und Einführung



- Therapieprozess als Problemlösen:
Problemlösen wird als grundlegendes Rationale (Meta-Modell) für den gesamten Therapieprozess verstanden
- Problemlösen als Interventionsmethode
- Problemlösen als Hilfe für den Therapeuten bei therapeutischen Problemen

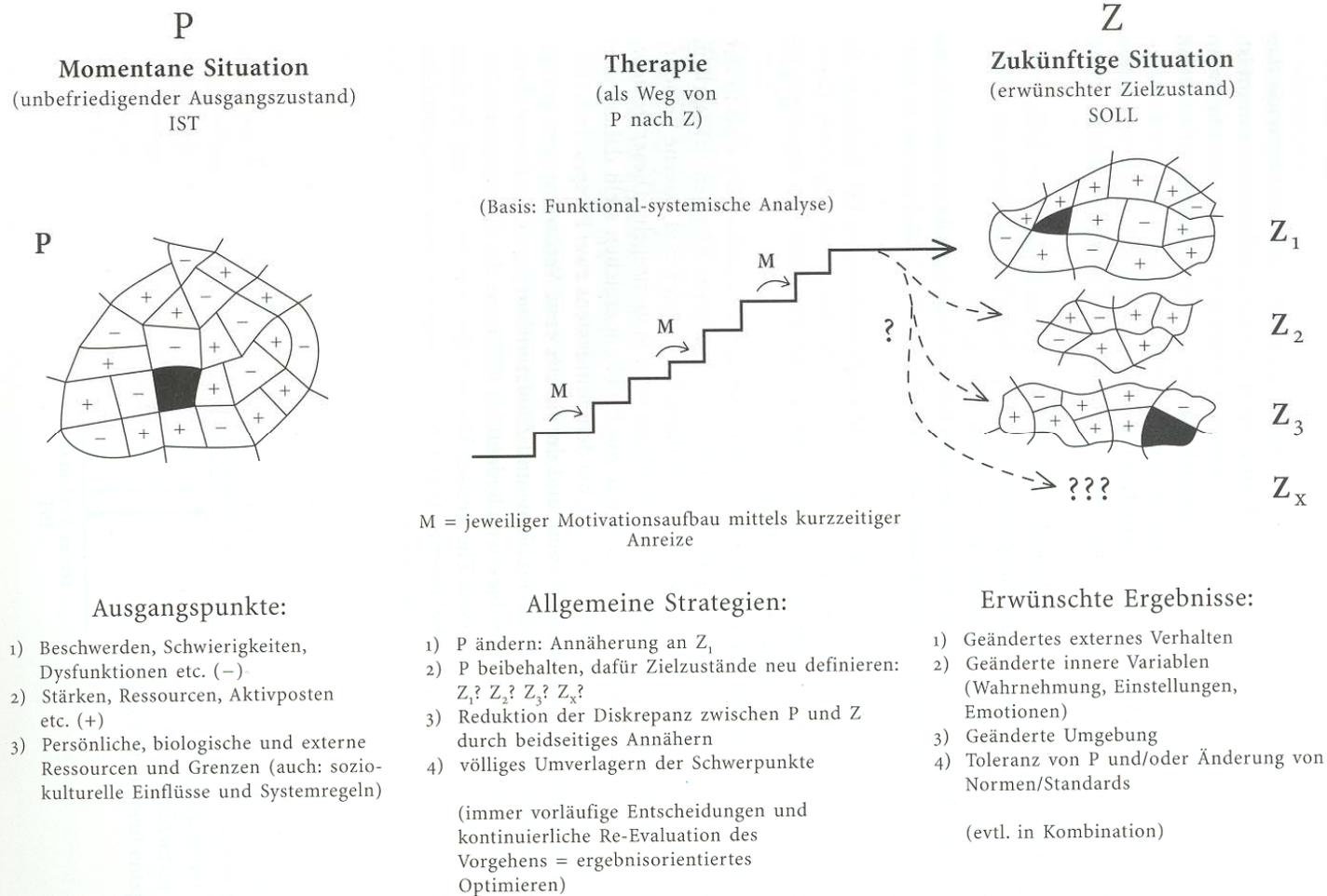


Abb. 9. Therapie als dynamisches Problemlösen (modifiziert nach Kanfer, 1993 b)

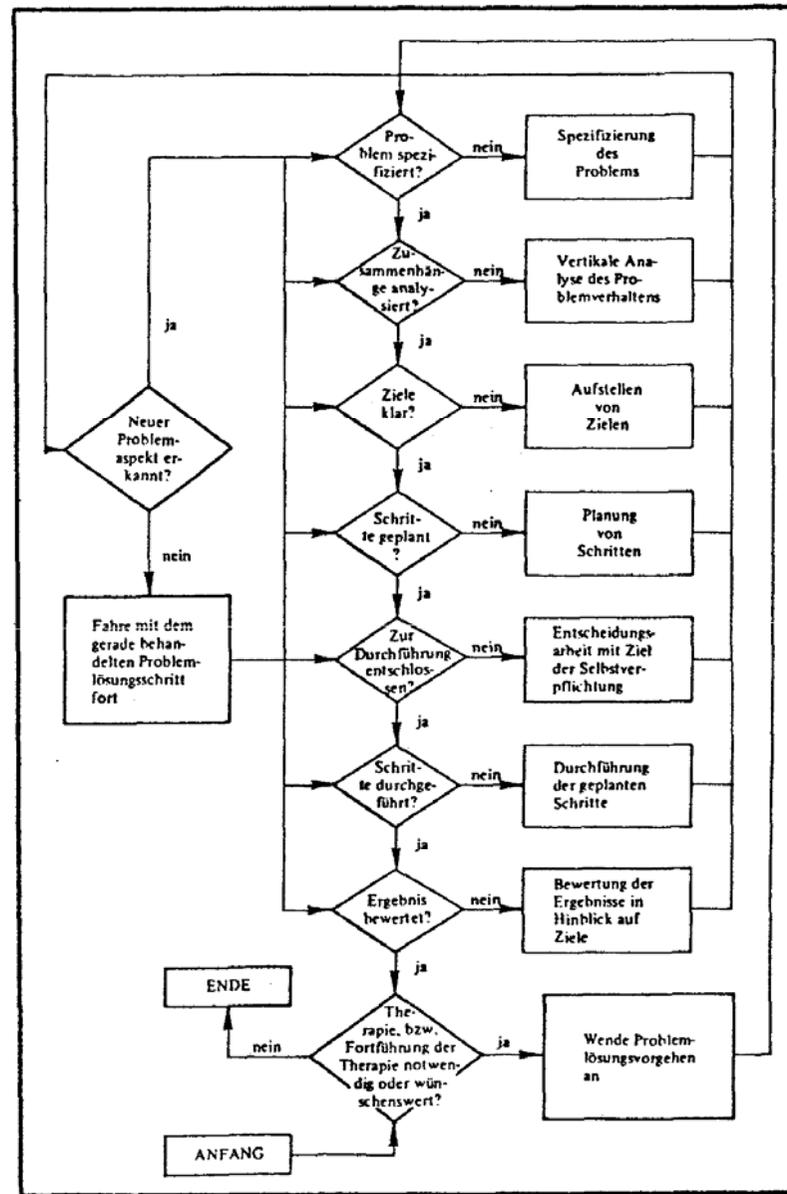


Abb. 2: Problemlösen als diagnostisch-therapeutischer Prozeß nach Grawe et al. (1980)

Problemlösetraining – Überblick und Einführung



- Wird zu den ersten kognitiven Ansätzen in der Verhaltenstherapie gezählt werden
- Von D'Zurilla und Goldfried (1971) entwickelt
- Übertragung der allgemeinspsychologischen Problemlösetheorie und dazugehörigen empirischen Forschungsergebnissen

Definition „Problemlösetraining“



- Therapeutische Technik zur Verbesserung der Selbsteffizienz eines Individuums (auch Paare und Gruppen)
- Förderung von kognitiven und offenen Verhaltensschritten im Ablauf des Problemlösungsprozesses mit den Zielen
 - Einer adäquaten Problemwahrnehmung
 - Der Produktion einer Vielfalt von potenziell effektiven Reaktionsmöglichkeiten
 - Der Maximierung der Wahrscheinlichkeit von Auswahl und Umsetzung der effektivsten Reaktionsmöglichkeit(en)

Ziel des Problemlösetraining



- Lösung des aktuellen Problems
- Verbesserung der Problemlösekompetenz und damit:
 - Ein systematisches Vorgehen bei der Überwindung gegenwärtiger Probleme anwenden lernen
 - Selbstbewusstsein und Kontrollüberzeugung stärken
 - Methode vermitteln, mit der zukünftige Probleme selbstständig bewältigt werden können.

Indikation - Kontraindikation



- Der Patient muss (mit Unterstützung) in der Lage sein, seine Probleme zu konkretisieren
- Die Veränderungswünsche und Ziele des Patienten müssen realistisch sein (nicht unangemessen, unerreichbar oder übertrieben ehrgeizig)
- Es liegt aktuell keine schwere akute psychiatrische Störung (z.B. Schizophrenie oder verlangsamte Depression) vor. Dies ist notwendig, da Patient Verantwortung für seine Handlungen übernehmen muss und aktive Mitarbeit gefordert ist

Struktur des Problemlöseprozesses



1. Problem- und Zieldefinition
2. Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten
3. Bewertung von Lösungsmöglichkeiten
4. Entscheidung über die beste(n)
Lösungsmöglichkeit(en)
5. Planung der Umsetzung der Lösungsmöglichkeit(en)
6. Rückblick und Bewertung

Problem- und Zieldefinition



- Entscheidung, welches Problem bearbeitet werden soll
- Ggf. Hierarchisierung der Probleme und mit einem beginnen, das Erfolg verspricht (Steigerung der Therapiemotivation)
- Ggf. Untergliederung des Problems in Teilprobleme
- Ziele sollen realistisch sein und möglichst konkret und verhaltensnah formuliert werden
- Verdeutlichung des problematischen Ist-Zustandes und des gewünschten Soll-Zustandes

Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten



- Therapeut unterstützt Patient bei der Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten
- Förderung von Kreativität
- Generierung einer Vielzahl von möglichen Lösungen
- Ziel dabei, zu verhindern, dass Patient auf seine alten, engen und gescheiterten Strategien verfällt

Bewertung von Lösungsmöglichkeiten



- Für jede Lösungsmöglichkeit werden systematisch Vor- und Nachteile sowie voraussichtliche Folgen der Lösung diskutiert und protokolliert
- Hierzu Zwei-Spalten-Technik (Vor- und Nachteile)
- Subjektive Bedeutung und Wichtigkeit durch Punkte oder Plus- und Minuszeichen kennzeichnen
- Zur Beurteilung der Konsequenzen unterscheiden lernen zwischen:
 - Folgen für die eigene Person
 - Für die Umwelt
 - Kurzfristig
 - langfristig

Entscheidung über die beste(n) Lösungsmöglichkeit(en)



- Auswählen der Lösungsmöglichkeit mit dem größten Gewinn, in dem Sinne, dass sie das Problem lösen
- Wahrscheinlichkeit positiver Konsequenzen maximieren
- Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen minimieren

Planung der Umsetzung



- Lösung ggf. in konkrete Einzelschritte zerlegen
- „Was ist zu tun?“
- „Wo, mit wem, wann, wie oft?“
- Mögliche Hindernisse oder Umsetzungsschwierigkeiten vorhersehen
- Geleitetes Entdecken, Rollenspiele, Vorstellungsübungen zum Durchlaufen der Lösung
- Schriftlicher Handlungsplan, dessen Umsetzung der Patient als Hausaufgabe mitnimmt

Rückblick und Bewertung



- Therapeut exploriert in der Folgesitzung detailliert die Umsetzung der Hausaufgabe
- Therapeut verstärkt jeden Umsetzungsversuch
- Anleitung zur Selbstverstärkung
- Bei erfolgreicher Umsetzung streicht Therapeut die positiven Konsequenzen heraus
- Bei Misserfolg genaue Analyse, was die Gründe sind

Rolle des Therapeuten



- Achtung auf Selbstständigkeit des Patienten
- Erklärung der Art und Bedeutung der Schritte (psychoedukativ)
- Strukturierend (schrittweises Vorgehen, Anleitung zur Informationssammlung, Hausaufgaben)
- Modellhaft (Demonstration von Kreativität, Konkretisierung der Lösungsschritte)
- Verstärkend

Grenzen



- Patient ist in der Lage, „im Kopf“ Problemlöseprozess angemessen umzusetzen, aber nicht in vivo
- Gründe können sein:
 - Mangelnde Motivation
 - Verhaltensdefizite
 - Verhaltensexzesse
 - Ängste
- In diesen Fällen Problemlösestrategie mit anderen Methoden kombinieren



Abschlussrunde mit Feedback